

На правах рукописи

Гольденфарб Павел Рувимович

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ
СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.27. – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на базе Муниципального учреждения здравоохранения «Центральная городская больница №7» .

Научные руководитель

доктор медицинских наук, профессор **Лисиенко Валентина Михайловна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Ходаков Валерий Васильевич**

кандидат медицинских наук

Титов Константин Владиленович

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится « 27 » октября 2009 г. в 12.00 на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.01, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан « 23 » сентября 2009 года.

Ученый секретарь совета

по защите докторских диссертаций

доктор медицинских наук, профессор

Руднов В.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Лечение больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) является не только медицинской, но и важной социально – экономической проблемой. Среди всех оперативных вмешательств, используемых при данном заболевании, ушивание перфоративной дуоденальной язвы остаётся самым распространённым. (Перегудов С.И., 1996; Касумьян С.А. и др., 2003; Шевченко Ю.Л., 2005). Частота выполнения этой операции в различных клиниках России колеблется от 30 до 97% (Шайн М., 2003; Абдуллаев Э.Г. и др., 2005; Афендулов С.А. и др., 2005; Савельев В.С. и др., 2005).

На современном этапе развития абдоминальной хирургии актуальным является использование малотравматичных методов оперирования, к которым относятся лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия и сочетание видеолапароскопии, с целью диагностики и санации брюшной полости, и минидоступа для ушивания перфоративного отверстия. Обе малоинвазивные методики применяются с учётом общепризнанных противопоказаний к ним.

В литературе встречается сравнение этих способов ушивания перфоративной язвы с ушиванием из традиционного лапаротомного доступа (Поташев Л.В. и др., 2003; Lau H., 2004; Kirshtein B. et al., 2005; Бебуришвили А.Г., и др., 2005; Ходаков В.В. и др., 2005; Малинкин А.В., 2007; Борисов А.Е. и др., 2008). Доказано преимущество миниинвазивной техники ушивания перфорации, заключающееся в более благоприятном течении послеоперационного периода. Однако в литературе очень мало работ, сравнивающих между собой лапароскопическое ушивание (ЛУ) и ушивание из минилапаротомного доступа (УМЛ).

Актуальность нашей работы определяется, также, тем, что практически все авторы, имеющие опыт лапароскопических ушиваний, в 5-30% случаев

(Баев О.В. и др., 2006, Mustafa A. et al., 2007; Bo Li et al., 2008; Beena B. et al., 2009) были вынуждены перейти к широкой лапаротомии (конверсии), ввиду прорезывания швов. Кроме того, по литературным данным, в послеоперационном периоде в 5-16% (Касумьян С.А. и др., 2000; Борисов А.Е. и др., 2000; Афендулов С.А. и др., 2003; Lunevicius R. et al., 2004; Lunc S. et al., 2007) случаев встречается несостоятельность эндошва. Одной из главных причин конверсий и послеоперационных осложнений являются размеры перфоративного отверстия (в среднем более 1см) и выраженность язвенного инфильтрата. Но выполнение операции из минидоступа, по мнению различных авторов, позволяет ушивать перфорации большего диаметра. Однако в литературе не встречается данных о способах точного измерения величины перфоративного отверстия во время видеолапароскопии. А существующие измерительные инструменты не могут быть использованы непосредственно в ходе выполнения лапароскопической операции и обладают высокой погрешностью измерения. Также нет работ, посвящённых выбору способа ушивания перфоративной язвы, в зависимости от диаметра перфорации и выраженности язвенного инфильтрата, определённых во время видеолапароскопии.

Всё выше сказанное привело нас к убеждению в необходимости сравнения малоинвазивных способов лечения перфоративных язв, используемых у нас в клинике, а также к разработке инструмента для точного измерения величины перфорации и язвенного инфильтрата во время выполнения видеолапароскопии, с дальнейшим выбором того или иного метода оперирования. Кроме того, этот инструмент может быть использован непосредственно в ходе проведения операции, как лапароскопический зажим.

Актуальной проблемой является, также, выбор оптимального места выполнения на передней брюшной стенке минилапаротомного доступа при

ушивании перфоративной дуоденальной язвы. По этому вопросу у хирургов нет единой точки зрения. Одни авторы рекомендуют производить минилапаротомию в правом подреберье (Абдуллаев Э.Г. и др., 2005), другие – по средней линии живота (Слесаренко С.С. и др., 1999; Прудков М.И. и др., 2005). Это привело нас к идее проведения топографоанатомического исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки с помощью индивидуального подхода к выбору вида малоинвазивного оперативного вмешательства.

Задачи:

1. Сравнить непосредственные результаты лечения больных с ушитой перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки традиционным (лапаротомным), из минидоступа и лапароскопическим способами.
2. Разработать эндохирургический инструмент для определения величины перфоративного отверстия и перифокального воспалительного инфильтрата во время выполнения видеолапароскопии.
3. Внедрить в практическую деятельность выбор малоинвазивного способа ушивания перфоративной язвы ДПК, в зависимости от диаметра перфоративного отверстия, измеряемого в ходе проведения видеолапароскопии.
4. Провести топографоанатомическое исследование для определения оптимальной локализации доступа на передней брюшной стенке при минилапаротомном ушивании перфоративной язвы.

Научная новизна

1. Проведено сравнение ближайших результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с использованием малоинвазивных методик – ЛУ и из минидоступа.

2. Разработан специальный эндохирургический инструмент для измерения величины перфоративного отверстия и язвенного инфильтрата во время выполнения видеолапароскопии (патент РФ на полезную модель № 76213 от 20.09.2008 г.), который может использоваться в ходе выполнения лапароскопической операции.
3. Показано, что объективная оценка диаметра перфорации и величины воспалительного инфильтрата во время видеолапароскопии, позволяет выбрать оптимальный способ ушивания перфоративной дуоденальной язвы.
4. Впервые проведено топографоанатомическое исследование с целью определения наиболее оптимальной локализации доступа для выполнения минилапаротомного ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Практическая значимость:

1. Показано, что лапароскопическое ушивание перфоративной язвы ДПК сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода, позволяет сократить сроки реабилитации больных в сравнении с УМЛ и ушиванием посредством традиционной лапаротомии, и может быть рекомендовано, при отсутствии противопоказаний, в качестве операции выбора при перфоративных дуоденальных язвах.
2. Обосновано и рекомендовано выполнение минилапаротомного доступа в правом подреберье при УМЛ.
3. Изготовлен, и успешно применяется на практике, эндохирургический инструмент для измерения диаметра перфорации и язвенного инфильтрата во время выполнения видеолапароскопии. Рекомендовано использование этого метода измерения перфорации, а в зависимости от полученных значений, выбирать оптимальный способ ушивания перфоративного отверстия, с предпочтительным использованием малоинвазивных методик.

4. Данный метод выбора оптимального способа ушивания перфорации успешно применяется в работе общехирургического отделения МУ ЦГБ №7 и предлагается для использования в других стационарах.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) является менее травматичным вмешательством и сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода, в сравнении с ушиванием из минилапаротомного и из традиционного лапаротомного доступов.
2. Для объективной оценки величины перфоративного отверстия и язвенного инфильтрата, во время выполнения видеолапароскопии, необходим специальный эндохирургический инструмент.
3. Определение размера перфоративного отверстия и язвенного инфильтрата, во время видеолапароскопии, способствует выбору оптимального способа ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
4. При ушивании перфоративной дуоденальной язвы из минилапаротомного доступа, наиболее благоприятные условия для оперирования обеспечивает трансректальный разрез в правом подреберье, в сравнении с минидоступом в эпигастрии по средней линии живота.

Апробация

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно – практической конференции «Инженерия в медицине. Инновационные технологии» (Екатеринбург, 2006).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из них 2 в журналах, рекомендованных ВАК.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 125 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 146 работ отечественных и 74 – зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 11 рисунками и 18 таблицами. Все материалы, представленные в диссертации, получены, обработаны и проанализированы лично автором.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В работе представлены материалы ретроспективного и проспективного исследований результатов лечения 345 больных с ушитой перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки за период с 01.01.2002 по 31.12.2008г в общехирургическом отделении МУ ЦГБ №7 (зав. отд. Ярушев А.В.).

В работу не включены пациенты, перенесшие ваготомию или резекцию желудка, а также больные с разлитым гнойно – фибринозным перитонитом, так как в этих случаях не использовались малоинвазивные способы ушивания перфоративного отверстия, в связи с невозможностью адекватной лапароскопической санации брюшной полости.

По способу выполнения ушивания перфорации все исследуемые больные были разделены на основную группу и две группы сравнения. Основную группу составили 54 (15,65%) пациента, перенесших лапароскопическое ушивание ПЯДПК. В первой группе сравнения 52 (15,07 %) больным выполнено ушивание перфоративного отверстия из минилапаротомного доступа. Во вторую группу сравнения выделены 239 (69,28%) пациентов, которым производилось ушивание перфорации из традиционного лапаротомного доступа (ЛТ).

В зависимости от распространённости перитонита (классификация РАСХИ), мы выделили 2 категории больных – А и Б. В первую (А) вошли

пациенты с местным перитонитом. Вторую (Б) составили больные с распространённым серозно – фибринозным перитонитом. Соответственно, в каждой категории имелись основная и две группы сравнения (табл. 1).

Таблица 1

Разделение больных на группы и категории

	Основная группа ЛУ	I группа сравнения УМЛ	II группа сравнения ЛТ
Всего	54 (15,65%)	52 (15,07%)	239 (69,28%)
Категория-А	16 (13,12%)	23 (18,85%)	83 (68,03%)
Категория-Б	38 (17,04%)	29 (13%)	156 (69,96%)

Сравниваемые группы были достоверно ($p > 0,1$) сопоставимы по полу, возрасту, структуре сопутствующей патологии, размерам перфорации и воспалительного инфильтрата.

Сравнение ближайших результатов лечения больных, перенесших ушивание перфоративной язвы ДПК было произведено между группами в каждой категории, на основании следующих параметров: наличие осложнений, длительность операции (ДО), потребность в наркотических (НА) и ненаркотических (ННА) анальгетиках, нормализация температуры (НТ), разрешение пареза кишечника (ПК), нормализация лабораторных показателей (ЛП), длительность пребывания в стационаре (койко-день – КД). Лабораторные показатели исследовались на базе клинической и биохимической лабораторий ЦГБ № 7 (зав. отделением Сергеева Л.Я.).

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере Intel Pentium с помощью программ «Microsoft Word», «Excel» и «Origin 6,0». Использовали традиционные параметрические методы вариационной статистики с вычислением средних величин, ошибки средней, средне – квадратичного отклонения. О

достоверности различных показателей судили по критериям Стьюдента (t), точному критерию Фишера, методу доверительных интервалов.

Топографоанатомическое исследование, с целью выбора оптимальной локализации минидоступа на передней брюшной стенке при ушивании дуоденальной перфорации, выполнено в патологоанатомическом отделении МУ ЦГБ №7 (зав. отделением А.С.Гусева).

Результаты исследования и их обсуждение

В категории А, среди пациентов с ЛУ перфоративной дуоденальной язвы и ушиванием перфоративного отверстия из традиционного лапаротомного доступа, осложнений не было. После ушивания из минилапаротомного доступа отмечено 2 (8,7%) осложнения. У одного больного в послеоперационном периоде сформировался поддиафрагмальный абсцесс, что потребовало вскрытия и дренирования гнойника под контролем УЗИ. У другого пациента в ближайшие сроки после перенесённого ушивания перфоративной язвы ДПК из минидоступа сначала произошла эвентрация, потребовавшая ушивания, а затем возникло профузное кровотечение из ушитой ранее язвы, приведшее к смерти.

В категории Б, после ушивания перфорации из минидоступа, осложнений отмечено не было. После ЛУ осложнения выявлены у 3 (7,89%) больных. У одного пациента развилась послеоперационная пневмония, излеченная после проведения курса антибиотикотерапии. В другом случае наблюдали развитие ранней послеоперационной кишечной непроходимости, которая быстро купировалась после проведённой консервативной терапии. У одного больного после ЛУ перфоративной язвы ДПК был отмечен гастростаз центрального генеза (на фоне обострения шизофрении), быстро исчезнувший после соответствующей терапии.

В этой же группе, у пациентов, перенесших ушивание перфоративной язвы ДПК из традиционного лапаротомного доступа, осложнения отмечены в 13 (8,33%) случаях из 156. У 4 больных ближайший

послеоперационный период осложнился нагноением раны. В 3 случаях выявили стеноз на уровне ушитой перфорации, за счёт воспалительного процесса в области швов. После проведённой противовоспалительной терапии проходимость ДПК была восстановлена. Среди остальных осложнений встречались: поддиафрагмальный инфильтрат, эвентрация, тромбоз периферических артерий, кровотечение из острой язвы желудка, ятрогенное повреждение селезёнки (во время операции), потребовавшее выполнения спленэктомии.

В таблицах 2 и 3 представлены средние арифметические значения (М) выбранных параметров течения послеоперационного периода у больных с местным и распространённым характером серозно-фибринозного перитонита, перенесших ушивание язвы различными способами.

Таблица 2

Средние арифметические значения (М), средние квадратичные отклонения (σ) выбранных параметров у больных с местным перитонитом, перенесших ЛУ, ушивание язвы из минидоступа (УМЛ) и традиционным лапаротомным доступом (ЛТ).

Параметры	ЛУ	ЛДУ	ЛТ
	М \pm σ	М \pm σ	М \pm σ
Койко-день	4,75 \pm 0,68	6,95 \pm 3,48	9,25 \pm 1,64
Длит. операции, минуты	59,69 \pm 28,66	44,29 \pm 9,65	45,06 \pm 14,02
Наркотич. анальгетики, мл	0,44 \pm 0,63	1,29 \pm 0,85	1,61 \pm 0,99
Ненаркотич. анальгетики, г	8,75 \pm 0,58	11,19 \pm 2,48	18,16 \pm 6,04
Нормализ.температ., сутки	1,75 \pm 0,58	2,9 \pm 2,1	3,72 \pm 1,51
Парез кишечника, сутки	2,06 \pm 0,44	2,43 \pm 0,6	3,48 \pm 0,67
Лаборат. показатели, сутки	2 \pm 0,73	2,81 \pm 2,52	4,3 \pm 2,16

Таблица 3

Средние арифметические значения (М), средние квадратичные отклонения (σ) выбранных параметров у больных с распространённым серозно – фибринозным перитонитом, перенесших ЛУ, ушивание язвы из минидоступа (УМЛ) и традиционным лапаротомным доступом (ЛТ)

Параметры	ЛУ	ЛДУ	ЛТ
	М ± σ	М ± σ	М ± σ
Койко-день	5,26 ± 1,52	6,62 ± 1,21	9,85 ± 2,73
Длит. операции, минуты	71,97 ± 25,56	67,59 ± 28,9	56,9 ± 16,84
Наркотич. анальгетики, мл	0,89 ± 1,41	1,52 ± 0,83	2,85 ± 2,54
Ненаркотич. анальгетики, г	9,47 ± 2,04	11,38 ± 2,86	19,04 ± 6,36
Нормализ.темпе-рат., сутки	2,05 ± 0,61	2,59 ± 0,98	6,77 ± 2,67
Парез кишечника, сутки	2,26 ± 0,45	2,55 ± 0,69	3,91 ± 0,87
Лаборат. показатели, сутки	2,32 ± 1,21	2,55 ± 1,4	4,58 ± 2,04

Как видно из таблиц, независимо от распространённости перитонита, средняя продолжительность лапароскопических ушиваний больше, чем ушиваний из минидоступа и из традиционного лапаротомного доступа. В то же время, средняя длительность пребывания больных в стационаре (в 1,26-1,46 и 1,85-1,95 раза соответственно), потребность в наркотических (в 1,7-2,93 и 3,2-3,66 раза) и ненаркотических (в 1,2-1,28 и 2,01-2,08 раза соответственно) анальгетиках, сроки нормализации температуры тела (в 1,26-1,66 и 2,13-3,3 раза), разрешения пареза кишечника (в 1,13-1,18 и 1,69-1,73 раза) и нормализации лабораторных показателей (в 1,1-1,4 и 1,97-2,15 раза) после лапароскопических ушиваний меньше, чем в первой и второй группах сравнения, а после ушиваний из минидоступа меньше, чем после традиционной лапаротомии, что свидетельствует о более благоприятном течении послеоперационного периода. Достоверность полученных результатов ($p < 0,05$) подтверждена критерием Стьюдента, точным критерием Фишера, методом доверительных интервалов.

Для измерения диаметра перфорации и язвенного инфильтрата в ходе проведения видеолапароскопии нами был разработан и изготовлен специальный эндохирургический инструмент (рис. 1).



Рис. 1. Инструмент для видеолапароскопических измерений

В исходном состоянии длинные концы бранш рабочего органа сомкнуты. Через троакар инструмент вводится в брюшную полость. Под видеонаблюдением длинные концы бранш рабочего органа прикладывают к поражённому участку (в нашем случае перфоративное отверстие), и продолжают раздвигать их до тех пор, пока они не совпадут с границами перфорации или язвенного инфильтрата. После этого размер поражённого участка определяют по измерительной шкале, расположенной вне брюшной полости, в зависимости от величины отклонения указателя от исходного положения с точностью до 1мм (рис. 2).

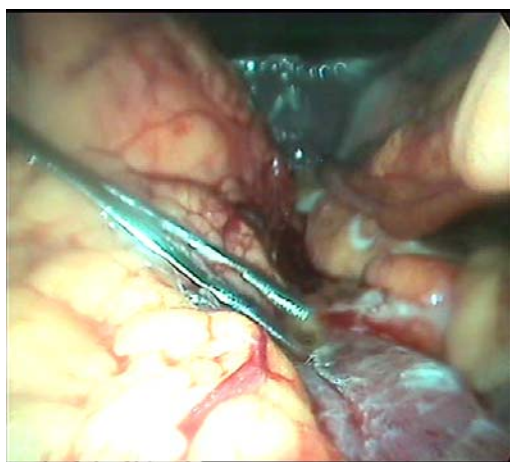


Рис. 2. Измерение диаметра перфоративного отверстия во время видеолапароскопии

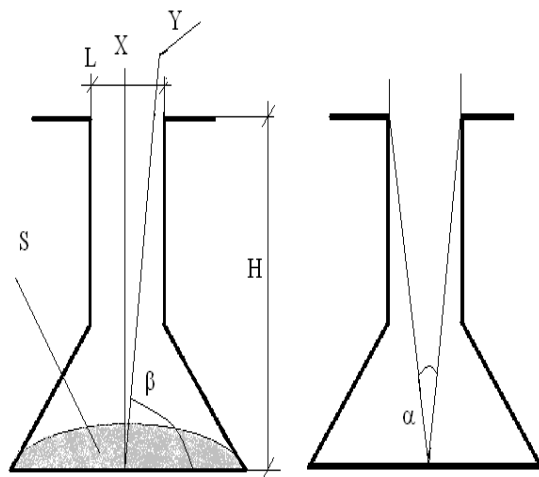
В отличие от уже существующего измерительного инструмента (Р-0512, г.Казань), наш обладает меньшей погрешностью измерений. Кроме того, так как, инструмент изготовлен на основе лапароскопического зажима или ножниц, то его можно не извлекать из брюшной полости и непосредственно использовать в ходе проведения операции. На созданный нами инструмент получен патент (патент РФ на полезную модель № 76213 от 20.09.2008 г.).

Измерение диаметра перфоративного отверстия, во время выполнения видеолапароскопии, произведено нами у 24 пациентов. В 5 (20,83%) наблюдениях величина перфорации составила более 1 см. Этим больным, в связи с риском несостоятельности швов, произведено ушивание перфоративной дуоденальной язвы из минилапаротомного доступа. То есть, у этих пациентов оптимальный способ ушивания перфоративного отверстия был определён во время лапароскопии, в зависимости от диаметра перфорации и величины язвенного инфильтрата.

Экспериментальное исследование параметров ран

С целью определения оптимальной локализации доступа для выполнения минилапаротомии с последующим ушиванием перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, на базе патологоанатомического отделения ЦГБ №7, нами было выполнено топографоанатомическое исследование на 16 нефиксированных трупах людей в возрасте от 50 до 82 лет, не подвергавшихся оперативному лечению.

Известно, что для объективной оценки качества доступа (рис. 3) используются пять основных критериев (А.Ю.Созон-Ярошевич, 1954; М.И.Прудков, 2007; Титов К.В., 2006): длина раны (L), глубина раны (H), угол операционного действия (УОД) (α), угол наклона (β) оси операционного действия (ООД), зона доступности (S).



- L-длина
- X-ось наблюдения
- H-глубина
- S-зона доступности
- Y-ось операцион. действия
- α -угол операцион. действия
- β -угол наклона оси операционного действия

Рис. 3. Критерии оценки доступов для миниинвазивных вмешательств

Суть нашего исследования заключалась в следующем: на каждом трупe выполнялись 2 минилапаротомии: в эпигастрии по средней линии живота и трансректальная в правом подреберье. Затем, поочерёдно, в раны устанавливался набор «Мини-Ассистент». Проводились измерения угла операционного действия (УОД), угла наклона оси операционного действия (ООД), зоны доступности (S) при обоих доступах. Учитывая, что минилапаротомные доступы (и, соответственно, все измерения) производились на небольшом удалении друг от друга и на одних и тех же трупах, были идентичны по длине (3-5см) и направлению, мы определили, что глубина (H) и длина (L) раны в обоих случаях одинаковы, а, следовательно эти показатели можно не учитывать при сравнении доступов.

Общеизвестно, что чем больше величина УОД, угла наклона ООД и зоны доступности (т.е. площади дна раны), тем благоприятнее условия оперирования.

Результаты наших измерений представлены в таблице (табл.4)

Таблица 4

Сравнительная оценка средних величин показателей, характеризующих качество доступа при минилапаротомиях в эпигастрии и правом подреберье

Критерии качества доступа	Минилапаротомия в эпигастрии, $M \pm \sigma$	Минилапаротомия в правом подреберье, $M \pm \sigma$	Риск ошибки, p
Угол наклона ООД (β), град.	$65,25 \pm 0,99$	$82,5 \pm 0,35$	$< 0,001$
УОД (α), град.	$32,44 \pm 0,78$	$44,31 \pm 0,99$	$< 0,001$
Зона доступности (S), кв. см.	$4,25 \pm 0,1$	$7,53 \pm 0,24$	$< 0,001$

Как видно из таблицы, среднее значение УОД, угла наклона ООД и зоны доступности при минидоступе в правом подреберье достоверно больше аналогичных показателей при разрезе в эпигастральной области. Следовательно, при ушивании перфоративной язвы ДПК наиболее благоприятные условия оперирования обеспечивает трансректальный минилапаротомный доступ в правом подреберье.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв является менее травматичным вмешательством, в сравнении с ушиванием из минилапаротомного доступа и ушиванием посредством традиционной лапаротомии, что доказывается меньшим количеством послеоперационных осложнений (преимущественно со стороны раны), меньшей потребностью в наркотических (в 1,7-2,93 и 3,2-3,66 раза соответственно) и ненаркотических (в 1,2-1,28 и 2,01-2,08 раза) обезболивающих препаратах, более ранней нормализацией температуры (в 1,26-1,66 и 2,13-3,3 раза

соответственно), лабораторных показателей (в 1,1-1,4 и 1,97-2,15 раза), более ранним разрешением пареза кишечника в послеоперационном периоде (в 1,13-1,18 и 1,69-1,73 раза), сокращением сроков пребывания больных в стационаре (в 1,26-1,46 и 1,85-1,95 раза соответственно).

2. После ушивания ПЯ двенадцатиперстной кишки из минилапаротомного доступа отмечается более благоприятное течение послеоперационного периода, чем после ушивания из традиционного лапаротомного доступа.

3. Для объективной оценки диаметра перфоративного отверстия и величины язвенного инфильтрата, измерение следует производить разработанным нами инструментом, во время выполнения видеолапароскопии.

4. Определение величины перфоративного отверстия и перифокального воспалительного инфильтрата во время выполнения видеолапароскопии позволяет выбрать оптимальный способ ушивания ПЯДПК.

5. При минилапаротомном ушивании перфоративной язвы ДПК, доступ, выполненный в правом подреберье обладает оптимальными параметрами и обеспечивает более благоприятные условия оперирования, в сравнении с минидоступом, произведённым в эпигастрии по средней линии живота.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оперативное вмешательство по-поводу перфоративной дуоденальной язвы следует начинать с видеолапароскопии, для оценки характера выпота и распространённости перитонита, определения (с помощью эндохирургического инструмента для измерений) диаметра перфоративного отверстия и воспалительного инфильтрата.

2. При отсутствии противопоказаний, предпочтение следует отдавать лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы ДПК, как вмешательству с более благоприятным послеоперационным течением.
3. При диаметре перфоративного отверстия более 1см, целесообразно выполнять ушивание перфорации из минилапаротомного доступа.
4. При ушивании перфоративной язвы ДПК из минилапаротомного доступа, разрез следует производить в правом подреберье, что создаёт более благоприятные условия для оперирования.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Гольденфарб П.Р. Использование малоинвазивных хирургических методов в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / П.Р. Гольденфарб // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 10 (38). – С. 56 – 59.**
2. Лисиенко В.М. Опыт лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с использованием малоинвазивных методик / В.М. Лисиенко, П.Р. Гольденфарб // Современные проблемы хирургии: Сб. трудов науч. – практ. конф. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб Ун-та, 2007. – С. 258 – 261.
3. Лисиенко В.М. Ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с использованием современных малотравматичных методик / В.М. Лисиенко, П.Р. Гольденфарб, Е.В. Станчук // Социальные аспекты хирургической помощи населению в современной России: материалы Всероссийской научно – практической конференции с международным участием. – Тверь, 2008. – С. 146 – 149.

4. Лисиенко В.М. Сравнительная характеристика результатов ушивания перфоративных дуоденальных язв с использованием малоинвазивных методик / В.М. Лисиенко, П.Р. Гольденфарб // Актуальные вопросы современной хирургии: материалы научно – практической конференции. – Красноярск, 2008. – С. 300 – 302.
5. **Гольденфарб П.Р. Опыт использования малоинвазивных способов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / П.Р. Гольденфарб // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 4. – С. 90 – 93.**
6. Лисиенко В.М. Сравнительная оценка малоинвазивных способов ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / В.М. Лисиенко, П.Р. Гольденфарб // Материалы XVI международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Екатеринбург, 2009. – С.22.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ПЯ – перфоративная язва

ПЯДПК – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки

ЛУ – лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия

УМЛ – ушивание перфоративного отверстия из минилапаротомного доступа

ЛТ – лапаротомия

ДО – длительность операции

НА – наркотические анальгетики

ННА – ненаркотические анальгетики

НТ – нормализация температуры

ПК – парез кишечника

ЛП – лабораторные показатели

КД – койко – день

УОД – угол операционного действия

ООД – ось операционного действия

Гольденфарб Павел Рувимович

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ
СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.27. – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению профильной комиссии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава от 18.09.2009.

13.06.2009